

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Caderno de Boas Práticas

---

O uso da penicilina na Atenção  
Básica para a prevenção  
da Sífilis Congênita no Brasil



Brasília - DF  
2015



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Caderno de Boas Práticas

---

O uso da penicilina na Atenção  
Básica para a prevenção  
da Sífilis Congênita no Brasil

Brasília - DF  
2015



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

# Caderno de Boas Práticas

---

O uso da penicilina na Atenção  
Básica para a prevenção  
da Sífilis Congênita no Brasil



Brasília - DF  
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 5.000 exemplares

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

SAF Sul trecho 2, bloco F, torre 1, Edifício Premium

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Site: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

E-mail: [aids@saude.gov.br](mailto:aids@saude.gov.br)

**Organização e revisão técnica:**

Adele Schwartz Benzaken

Francisca Lidiane Sampaio Freitas

Gerson Fernando Mendes Pereira

Juliana Uesono

Maria Vitória Ramos Gonçalves

Maria Bernadete Rocha Moreira

**Elaboração de texto:**

Verônica Costa Barbosa

**Fotografia:**

Verônica Costa Barbosa

**Capa, projeto gráfico e diagramação:**

Fernanda Dias Almeida Mizael

Marcos Cleuton de Oliveira

**Revisão:**

Angela Gasperin Martinazzo

**Concepção gráfica e edição:**

Dario Noletto

**Concepção da Série Boas Práticas:**

Fábio Mesquita

**Normalização:**

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CDGI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

**Ficha Catalográfica**

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Caderno de boas práticas : o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015.

96 p. : il.

ISBN 978-85-334-2300-8

1. Sífilis congênita – prevenção. 2. Uso racional de medicamentos. 3. Atenção básica. I. Título.

CDU 616.972

---

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/511

**Título para indexação:**

Notebook of good practice: the use of penicillin in Primary Care for the prevention of congenital syphilis in Brazil

## **Agradecimento**

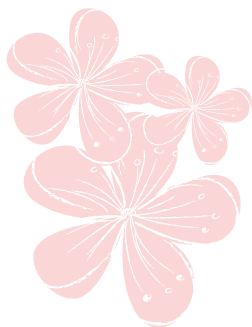
Aos gestores, profissionais de saúde e gestantes que gentilmente contribuíram com suas experiências por meio de entrevistas.

---

Muitos desafios devem ser enfrentados simultaneamente para que a meta de eliminação da sífilis congênita seja alcançada, e a quebra da cadeia de transmissão da sífilis se torne uma realidade.

Em alguns municípios brasileiros, existem boas práticas e esforços que acreditamos ser muito úteis aos gestores e profissionais de saúde de todo o país.

Este caderno compartilha algumas dessas experiências, na esperança de que possam inspirar iniciativas semelhantes em outros lugares, e assim contribuir para a eliminação da sífilis congênita no Brasil.







# Sumário

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

13

LONDRINA - PR

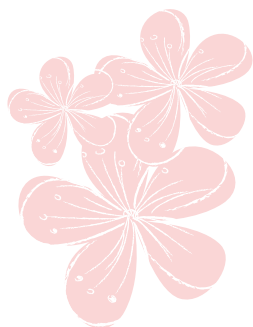
27

SÃO PAULO - SP

41

APARECIDA DE GOIÂNIA - GO

55





# Introdução

Os municípios brasileiros têm como desafio reduzir a taxa de sífilis congênita (transmissão da sífilis de mãe para filho) a uma taxa menor ou igual a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos em 2015. Esta é a meta estipulada em 2010 pela Opas – Organização Pan-Americana de Saúde. A média brasileira em 2010 era de 3,78 casos a cada 1.000 nascimentos.

A eliminação da sífilis congênita vem sendo perseguida há décadas no Brasil. Avanços foram alcançados em vários sentidos, mas a complexidade dos fatores que interferem na cadeia de transmissão continua a desafiar os serviços de saúde.

O agravamento da epidemia da sífilis, com o aumento expressivo da sífilis adquirida em todo o mundo, principalmente devido a relações sexuais desprotegidas, contribuiu para fazer soarem os alarmes da saúde pública e tornar a resposta à sífilis congênita um objetivo prioritário no Brasil. Soma-se a essa preocupação a ocorrência de gravidez cada vez mais precoce entre as jovens brasileiras.

A boa notícia é que o tratamento da sífilis em gestantes é relativamente simples e a prevenção da sua transmissão para o recém-nascido é 100% eficaz mediante a administração de penicilina benzatina, o único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto. No entanto, para que esse tratamento aconteça conforme manda o protocolo, e para que todas as gestantes com sífilis sejam tratadas, muitas condições devem ser garantidas:

- O acesso ao pré-natal deve ser o mais amplo possível. Mulheres em situação de vulnerabilidade (meninas e adolescentes, mulheres que usam drogas, profissionais do sexo) não podem ficar de fora.
- O início do pré-natal não deve ser tardio, porque a prevenção da transmissão da sífilis só é garantida quando o tratamento termina até um mês antes do nascimento do bebê.
- A qualidade do pré-natal deve ser assegurada, com a realização de no mínimo seis consultas.
- A garantia do acesso à detecção da sífilis na gestante deve ser a mais precoce possível, com a disponibilização dos testes rápidos para sífilis em unidades básicas de saúde ou laboratórios que consigam fornecer o diagnóstico em até uma semana.
- O tratamento com penicilina deve ser iniciado sem hesitação por parte da equipe de saúde. Em casos raríssimos de reações adversas, que podem ser evitadas por meio de anamnese, o protocolo de atendimento estabelecido pelo DAB – Departamento de Atenção Básica deve ser seguido nas unidades básicas de saúde.
- O fornecimento da penicilina benzatina às unidades de saúde deve ser garantido e ininterrupto; caso haja problemas no abastecimento, a sua utilização para o tratamento de gestantes com sífilis deve ser priorizado.

- Os parceiros com sífilis das gestantes devem aderir imediatamente ao tratamento, em concomitância com o tratamento das mulheres.

Além dessas condições fundamentais na prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho, outros aspectos devem ser assegurados para que se possa vislumbrar a quebra da cadeia de transmissão, com impacto positivo na redução das taxas de sífilis congênita:

- Os parceiros que abandonarem as gestantes em tratamento da sífilis ou que não possuírem vínculo com estas devem ser testados e notificados, mesmo que não concordem em fazer o tratamento conjuntamente.
- A notificação da sífilis em gestantes é obrigatória, devendo, porém, ser realizada exclusivamente pelos serviços de saúde, como forma de possibilitar o controle epidemiológico. Quanto maior o número de detecções de sífilis, tratamento e notificação em gestantes, maiores são as chances de reduzir as taxas de sífilis congênita.
- A notificação da sífilis, quando não tiver sido feita durante o pré-natal, ou quando este não houver ocorrido, deve ser compulsória nos hospitais e maternidades, por ocasião do parto, e ser notificada como sífilis adquirida.
- A adesão ao pré-natal de grupos-chave com alto nível de vulnerabilidade (mulheres cada vez mais jovens, mulheres em situação de rua, mulheres que usam drogas, mulheres de homens em conflito com a lei, entre outras) deve ser garantida mediante estratégias específicas de atendimento a esses grupos, com apoio das Redes de Atenção disponíveis em cada território e acompanhamento do serviço social.



# Caderno de Boas Práticas

O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil

## Contexto

A região Nordeste, em 2013, respondeu por 32,2% dos casos de sífilis congênita notificados no país. Apesar da taxa elevada, observam-se no estado da Bahia estratégias inovadoras de eliminação da sífilis congênita, que merecem ser destacadas.

É o caso da quebra da resistência à administração de penicilina entre os profissionais de enfermagem, por meio de um acordo que reafirma a responsabilidade do enfermeiro de administrar a penicilina em gestantes com sífilis, numa parceria entre o Creneb, o Coren, o Ministério Público e os órgãos de saúde estaduais.

Gestante em tratamento no CAAV - Centro de Atendimento e Atenção à Vida, Vitória da Conquista



Treinamentos por meio de web-conferências e consultorias online, incluindo a utilização do Telessaúde, a disponibilização dos testes rápidos para sífilis em grande parte dos municípios, campanhas de comunicação voltadas para a adesão do parceiro da gestante com sífilis ao tratamento e a disponibilização dos exames do pré-natal em papel-filtro são outras iniciativas da Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais, que muito vêm contribuindo para o enfrentamento à sífilis congênita no estado.

Na Bahia, a taxa de sífilis congênita era de 3,9/1.000 nascidos vivos em 2013, com 40% dos casos de sífilis congênita concentrados na capital do estado. A disparidade da incidência do agravo entre os municípios é considerável – em alguns deles, a taxa de sífilis congênita pode chegar até a 20/1.000 nascidos vivos.

No caso de Vitória da Conquista, a média foi de 6,2 casos por 1.000 nascidos vivos em 2013, superior, portanto, à média estadual naquele ano; oscilou entre 3,3/1.000 nascidos vivos e 6,4/1.000 nascidos vivos entre 2007 e 2014, fechando 2014 em 4,8/1.000 nascidos vivos.

Apesar do trabalho cuidadoso realizado nos últimos anos pelo Centro de Atendimento e Atenção à Vida – Caav (antigo Centro de Atenção e Tratamento de HIV/Aids, DST e Hepatites Virais), a eliminação da sífilis congênita no município esbarrou na descentralização das ações de DST, incorporadas pela Atenção Básica em 2013, e na alta rotatividade dos profissionais. Técnicos treinados no protocolo e na aplicação do teste rápido para sífilis em 2013 foram recentemente substituídos por profissionais concursados.

No caso do tratamento da sífilis em gestantes, as unidades básicas de saúde referenciavam as gestantes com sífilis para o Caav. Desde 2013, o diagnóstico mediante o teste rápido de sífilis e o tratamento das gestantes com sífilis passaram a ser feitos nas unidades de saúde. A substituição dos profissionais





Gestante em tratamento pré-natal no CAAV - Centro de Atendimento e Atenção à Vida, Vitória da Conquista

temporários por concursados, implicará em um avanço para continuidade das ações de saúde.

No caso das gestantes, preconiza-se o pré-natal nas UBS, mas como a rede de atenção básica em Vitória da Conquista atinge apenas cerca de 40% da população, muitas gestantes procuram diretamente o Caav, que recebe em média três a quatro novas gestantes por semana, muitas das quais não iniciam o pré-natal ou o teste de sífilis antes do último trimestre da gestação.

Com a substituição dos profissionais temporários de saúde da atenção básica, muitos dos efetivos deverão precisar de treinamento – seja no manejo do pré-natal, no protocolo de tratamento da sífilis em gestantes ou na aplicação dos testes rápidos. E assim garantir a continuidade dos serviços na atenção básica.

## TREINAMENTOS NO MANEJO DA SÍFILIS

No estado da Bahia, são realizados desde 2012 treinamentos para o manejo da sífilis em gestantes e para a execução dos testes rápidos para sífilis.

Em 2012, quando ainda era exigido que o repasse do treinamento fosse realizado por multiplicadores previamente capacitados pela equipe do Ministério da Saúde, foram treinados 80 multiplicadores, trabalhadores das nove macrorregiões de saúde do estado. A partir desses multiplicadores e de outros executores, sob a Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais e das Diretorias Regionais de Saúde, o treinamento foi replicado para os profissionais de saúde da atenção básica e maternidades, prioritariamente. De 2012 ao final de 2014, cerca de dois mil profissionais foram habilitados para essa ação no estado.

Um banco de dados de treinamento, implantado em nível estadual, deverá amenizar os impactos negativos da alta rotatividade dos profissionais, cuja formação poderá ser valiosa em qualquer município do estado, sem que ocorram redundâncias temáticas ou repetições de treinamentos.

Graças ao trabalho realizado no Caav em Vitória da Conquista, a transmissão vertical do HIV/aids está zerada no município há alguns anos, mas a transmissão vertical da sífilis da mãe para o recém-nascido continua a desafiar os serviços e formuladores de políticas públicas de saúde locais.

As lacunas até hoje identificadas são de diferentes tipos e começam no pré-natal. Se na Bahia a taxa de adesão ao pré-natal está em torno de 60% da população que se

espera atender pelo SUS, em Vitória da Conquista essa taxa fica em torno de 55%, segundo dados do Sinasc (Sistema de Nascidos Vivos)<sup>1</sup>.

Esses números por si só seriam suficientes para explicar a elevada incidência da sífilis congênita, tanto no estado quanto no município. Mas há outros fatores a serem considerados.

Em Vitória da Conquista, a morosidade na efetivação da realização dos testes rápidos nas UBS, associada à sobrecarga de trabalho dos profissionais e à limitada infraestrutura para a implementação dos testes – ausência de local próprio para armazenamento ou sala de aconselhamento – têm sido apontadas como barreiras para o diagnóstico precoce da sífilis em gestantes nas UBS e o tratamento imediato ou a referência em tempo hábil para o Caav (Centro de Atendimento e Atenção à Vida), em casos de início tardio do pré-natal.

No estado da Bahia, a resistência ao uso da penicilina por enfermeiros em unidades básicas de saúde ainda constitui uma dificuldade significativa para a eliminação da sífilis congênita – apesar dos esforços empreendidos desde 2012 para a quebra dessa resistência, que se verão a seguir.

---

<sup>1</sup> 100% de cobertura do pré-natal é garantida nas zonas rurais com os agentes comunitários.

## PACTUANDO COMPROMISSO ENTRE INSTITUIÇÕES PELA ADMINISTRAÇÃO DA PENICILINA POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

“Elaboramos uma cartografia dos procedimentos de tratamento das gestantes com sífilis, primeiramente, em Salvador. Cada profissional fazia uma autoanálise do seu trabalho. Percebemos que havia todo um movimento entre os profissionais de enfermagem, muitas vezes por medo, de tentar se eximir da responsabilidade pela aplicação da penicilina. Observou-se, por exemplo, que na unidade fazia-se a solicitação do exame, entregava-se o resultado do exame, e então a gestante era encaminhada para uma unidade de pronto atendimento para receber a penicilina. Conclusão: perdia-se de vista essa pessoa na atenção básica”.

*Jeane Magnavita, Coordenadora estadual  
de DST, Aids e Hepatites Virais – BA*

Desde a publicação da Portaria Ministerial nº 156, 19 de janeiro de 2006, que preconizou a necessidade de disponibilização de material de primeiros socorros nas unidades básicas para utilização em caso de anafilaxia (reação alérgica à penicilina) e o treinamento de profissionais nesse procedimento como condição para aplicação do medicamento, constatou-se a resistência de profissionais de enfermagem ao uso da penicilina no estado. Desde aquela época, os usuários também passaram a procurar os hospitais e pronto-socorros para qualquer caso de atendimento com penicilina.

Até hoje, mesmo após a publicação da Portaria Ministerial nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que instituiu e reforçou a administração obrigatória da penicilina pelos profissionais da atenção básica como única opção viável para o tratamento da sífilis em gestantes (em tempo oportuno), essa resistência ainda existe.

Diante desse quadro, a Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais da Bahia percebeu que era preciso agir no sentido de desconstruir o medo da responsabilização e dos riscos. Abordou primeiramente o Conselho Regional de Enfermagem e o Conselho Regional de Medicina para discutir os códigos de deontologia do enfermeiro e do médico, que incluem orientações sobre condutas e responsabilidades profissionais no manejo de pacientes, inclusive em situações de urgências e emergências – tratar e socorrer. Buscou-se promover reflexões sobre o risco-benefício de não proceder segundo a única maneira considerada efetiva para prevenir a transmissão da sífilis para o bebê.

Criou-se um documento de compromisso em conjunto com o CRM e o Coren, definindo a responsabilidade dos profissionais de saúde enfermeiros conforme estabelece a conduta médica, pondo fim, dessa forma, à polêmica em torno do Ato Médico, que pretendia imputar ao médico qualquer responsabilidade relacionada à administração da penicilina.



Gestante na UBS Villa Serrana em sala de espera em Vitória da Conquista

Em seguida, juntou-se à questão o Ministério Público, para que se olhassem os aspectos jurídicos da questão envolvendo os profissionais do poder Executivo, responsável pela administração dos cuidados de saúde pública. O acordo foi publicado no final de 2012 e, desde então, vem sendo amplamente divulgado em congressos, treinamentos e capacitações no estado da Bahia e em todo o Brasil.

Por fim, foi recomendada a articulação com o Samu nas bases regionais e municipais, visando à orientação dos profissionais de saúde da atenção básica quanto ao suporte básico de vida e a negociação do apoio técnico do Samu às unidades de saúde das respectivas áreas de adstrição, facilitando e garantindo a referência em caso de anafilaxia.

*“Era importante fazer entender que, se eu sou profissional de saúde e não trato uma gestante com sífilis, essa é uma forma de negligência e, caso haja risco de vida, ou mesmo óbito, existe a possibilidade de interpretação como omissão de socorro ou homicídio culposo”.*

*“Se eu tenho a medicação e a habilidade técnica para proceder, eu sou obrigada a fazê-lo. Se eu faço e há reação, a qual está fora do meu controle, eu não serei responsabilizada por negligência profissional, e a gestão vai responder junto comigo, reafirmando que houve intenção de salvar”.*

*Jeane Magnavita, Coordenadora estadual  
de DST, Aids e Hepatites Virais – BA*

*As afirmações refletem a interpretação do Ministério Público, que buscou esclarecer aos profissionais de enfermagem a responsabilidade de se optar por não realizar o procedimento por falta de material de emergência, incitando-os a considerar o risco-benefício da administração da medicação.*

O estado da Bahia, em parceria com os municípios, tem promovido reuniões técnicas para profissionais de saúde, especialmente no Dia da Sífilis (celebrado todo terceiro sábado de outubro), sobre o manejo da sífilis em gestantes. Nessas ocasiões, garante-se a participação do Ministério Público e demais entidades representantes dos profissionais de saúde, para que sejam lembrados não somente o protocolo do tratamento em si, mas também os riscos e implicações – tanto para a paciente quanto para o profissional de saúde – da não utilização da penicilina.

Além dessas iniciativas, tem sido importante o debate da questão no âmbito do Fórum da Rede Cegonha, que reúne profissionais de saúde da Região Metropolitana e de maternidades, além de representantes da atenção básica, da saúde da mulher, das crianças e adolescentes, da vigilância epidemiológica e do Ministério Público, com o objetivo de reordenar a atenção integral materno-infantil, a linha de cuidado e o mapa de vinculação da gestante e do recém-nascido em todo percurso assistencial.

## **TREINAMENTO E CONSULTAS ONLINE NO MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTE**

A fim de reforçar os aprendizados realizados nos treinamentos presenciais no manejo da sífilis em gestantes para profissionais da atenção básica, a Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais da Bahia vem lançando mão de diversos recursos de comunicação e tecnologia da informação.

Web-conferências são realizadas para equipes da atenção básica (Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde). Apresentações com recomendações técnicas sobre manejo da sífilis, protocolo simplificado de tratamento para consulta rápida e o fluxograma do teste rápido estão

disponíveis na plataforma do Telessaúde para consulta a qualquer momento. Os profissionais de saúde podem também recorrer aos teleconsultores, que dispõem do material técnico para subsidiar a intervenção.

Videoconferências também vêm sendo realizadas em parceria com a Gestão do Cuidado – Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança, com participação do Conselho Regional de Enfermagem, da Universidade e da Atenção Básica, com foco voltado para gestores e profissionais de saúde dos municípios e regiões de saúde. As apresentações com recomendações técnicas também estão disponíveis para consulta a qualquer momento.

Além disso, o uso da tecnologia tem permitido uma melhor comunicação da Coordenação Estadual com as Regionais de Saúde e as Coordenações Municipais, garantindo a melhor divulgação dos cursos oferecidos sobre o manejo da sífilis.

Esse treinamento contínuo é extremamente útil, porque pode ser usado a qualquer momento para reparar as perdas ou defasagens de conhecimento relacionadas à alta rotatividade dos profissionais.

“Os profissionais da atenção básica tiram dúvidas de todas as áreas por meio de capacitações online. O profissional da ponta acessa os treinamentos e ainda encaminha as suas dúvidas para os consultores durante as apresentações. Médicos e enfermeiros ficam à disposição para essas consultas temáticas. Para a capacitação online sobre sífilis, por exemplo, produzimos e disponibilizamos um material de emergência sobre o manejo dos primeiros minutos em caso de anafilaxia em reação à alergia à penicilina, em parceria com o Samu”.

*Jeane Magnavita, Coordenadora estadual  
de DST, Aids e Hepatites Virais – BA*



## ESTRATÉGIAS DE CAPTAÇÃO PRECOCE DA GESTANTE PARA O PRÉ-NATAL E TRATAMENTO DA SÍFILIS

Em Vitória da Conquista, como em outros municípios do país, um dos maiores desafios para a eliminação da sífilis congênita tem sido a captação da gestante para o pré-natal e a sua adesão a todas as etapas do tratamento com as três doses de penicilina.

O **Planejamento Familiar**, momento em que se discute com as pacientes, nas unidades de saúde, a vontade de evitar filhos ou de engravidar, tem sido utilizado no município como ocasião de captar gestantes para o pré-natal, no âmbito das pactuações da Rede Cegonha.

**Dias dedicados a triagens de HIV e sífilis** são organizados no município, com a disponibilização de testes para toda a população – gestantes e não gestantes, homens e mulheres. Esta tem-se mostrado uma estratégia eficaz para atingir boa parte da população vulnerável. No mesmo dia, são realizadas palestras nas UBS, onde também são feitos os testes, com acolhimento individual.

Nas **“Salas de Espera”** das unidades de saúde são realizadas atividades educativas enquanto o público aguarda as consultas. Palestras tratam de diversos temas de importância durante o pré-natal.



Gestante conferindo seu cartão de atendimento na UBS.

Dessa forma, a sífilis está sendo abordada junto ao público em diversas ocasiões, em todas as unidades.

“Normalmente, a adesão ao tratamento é feita pela mulher. (...) Por isso, achamos importante trabalhar a sensibilização do homem sobre o tratamento da sífilis em gestantes durante o Novembro Azul, campanha nacional voltada para aproximar os homens dos serviços de saúde. Nessas ocasiões, as unidades desenvolvem atividades específicas para os homens. No ano passado, o comparecimento dos homens nas unidades foi muito bom”.

*Tainara Santos da Silva, enfermeira e apoiadora  
de 12 equipes da atenção básica, Vitória da Conquista*






# Caderno de Boas Práticas

O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil

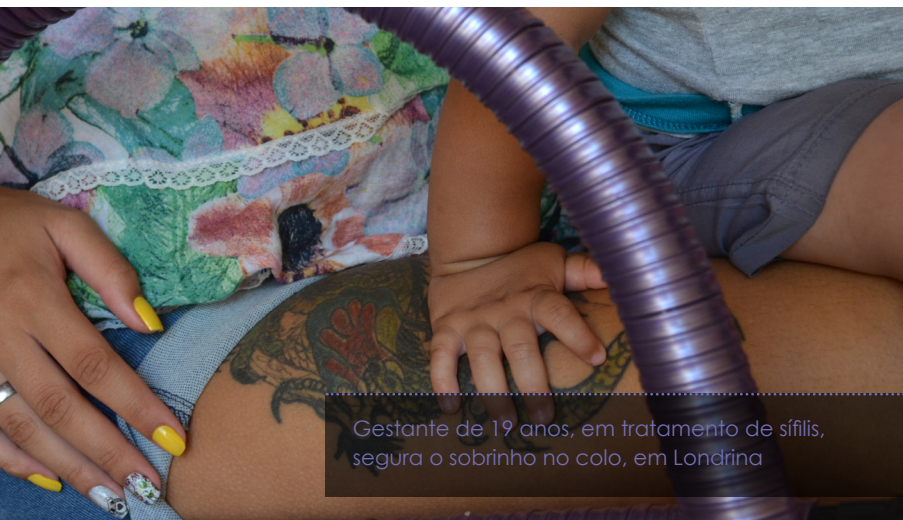
## Contexto

Londrina é o mais importante centro urbano, econômico, industrial, financeiro, administrativo e cultural do norte do Paraná. Com 543.003 habitantes (IBGE/2014), é o segundo município mais populoso do estado e a quarta maior cidade da Região Sul. Possui IDH-M (índice de desenvolvimento humano municipal) de 0,778 (2014), acima da média nacional, e está situada em um estado brasileiro em que diversas políticas estruturantes de saúde garantem, por exemplo, uma taxa de mortalidade infantil de 8,8 por 1.000 nascidos vivos – uma das menores do país.

No entanto, esses indicadores não impedem que o município venha enfrentando desafios surpreendentes no que diz respeito à epidemia da sífilis e, mais especificamente, à sífilis congênita.



Gestante de 19 anos, em tratamento de sífilis, segura o sobrinho no colo, em Londrina-PR



Entre 2007 e 2014, foram notificados em Londrina 274 casos de sífilis em gestantes e 183 casos de sífilis congênita. Durante o período, mais da metade de gestantes com sífilis transmitiram o agravo aos seus bebês. Em 2014, Londrina registrou 101 casos de sífilis em gestantes e 30 casos de sífilis congênita.

O município de Londrina não é exceção no Paraná, já que, em 2014, 1.117 gestantes foram diagnosticadas com sífilis no estado, tendo sido notificados 455 casos de sífilis congênita.

O aumento expressivo da sífilis adquirida no município nos últimos 10 anos, seguindo uma tendência mundial, pode estar ligado ao aumento das relações desprotegidas entre os jovens – refletido na expressiva elevação dos casos de gravidez entre jovens de 15 a 19 anos, no agravamento do uso de drogas e no aumento do número de gestantes em situação de rua. Todos esses fatores dificultam de forma significativa tanto a prevenção quanto a adesão ao tratamento.

“A Diretoria de Atenção Primária de Londrina foi convocada pelo Comitê de Mortalidade Materna e Infantil porque, em alguns casos, detectava-se que a usuária da atenção básica tinha o pré-natal completo, com exames de VDRL negativos e, no momento do parto, o exame VDRL dava positivo. Era preciso entender o que estava ocorrendo. Uma comissão de trabalho foi formada para investigar os problemas relacionados à sífilis gestacional e congênita, o que deu origem ao Grupo de Trabalho Sífilis de Londrina”.

*Christiane Lopes Barrancos Liberatti,  
Coordenadora do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil*

## **GRUPO DE TRABALHO SÍFILIS - GT SÍFILIS/OBSERVATÓRIO PARA A SÍFILIS**

Diante de tamanhos desafios, da frequência e natureza das lacunas identificadas, o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, que investiga as causas de óbitos no âmbito das ações de vigilância epidemiológica, propôs a constituição do **Grupo de Trabalho Sífilis** por uma equipe multidisciplinar de profissionais da Rede de Atenção, com representantes da Atenção Primária, da vigilância epidemiológica, da saúde da mulher, da Universidade Estadual de Londrina, da Vigilância Sanitária, do setor de análises clínicas e de hospitais públicos e privados, além de membros do próprio Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.

Coordenado desde setembro de 2013 por Flaviane Mello Lazarini, enfermeira e pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – UEL, o GT Sífilis é parte de seu projeto de doutorado e tem como

proposta tratar os casos de sífilis congênita como eventos sentinela<sup>2</sup>, investigar as causas de mortalidade fetal e infantil por esse agravo, realizar diagnóstico precoce da sífilis em gestantes e em suas parcerias sexuais, bem como fornecer o tratamento e acompanhamento adequados à mãe e ao filho quando expostos à infecção. Por meio da prevenção e do tratamento, pretende-se quebrar a cadeia de transmissão da sífilis, e assim reduzir a morbidade e mortalidade em decorrência do agravo.

O Grupo de Trabalho Sífilis (GT Sífilis) é o primeiro passo para a instauração de um observatório para sífilis adquirida, gestacional e congênita, como proposta de monitoramento permanente dessas epidemias. O Observatório para a Sífilis irá monitorar indicadores de saúde relacionados ao agravo na Rede de Atenção em Saúde e verificar o comportamento da sífilis no município. Além disso, o Observatório medirá os impactos das ações do GT Sífilis, iniciadas em setembro de 2013.

Em 2013, foram notificados 65 casos de sífilis em gestantes e 51 casos de sífilis congênita. Já em 2014, desde o início dos trabalhos do GT Sífilis, notificaram-se 101 casos de sífilis em gestantes, apontando para a melhora na detecção, e 30 casos de sífilis congênita, o que indica o aumento da adesão ao tratamento e sua eficácia.

---

<sup>2</sup> Ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física ou psicológica ou o risco de sua ocorrência (Organização Nacional de Acreditação).



## AS AÇÕES DO GT SÍFILIS

### Adequação dos Exames Laboratoriais

A primeira empreitada do GT Sífilis foi a verificação da qualidade dos exames laboratoriais. Simone Garani Narciso, infecto-pediatra responsável pelo agravo na Vigilância Epidemiológica do Município de Londrina, esteve à frente de uma série de iniciativas de investigação que contribuíram significativamente para o aumento das notificações de sífilis em gestantes no município.

A infecto-pediatra relata que, por meio do monitoramento realizado por membros do GT Sífilis, descobriu-se que o número correto de diluições para a realização do exame de VDRL não estava sendo respeitado. “Ao invés de dois kits, apenas um estava sendo usado pelo laboratório de análises clínicas. Vários laboratórios tiveram que se adequar, inclusive particulares. Entendemos que era preciso pensar na Rede de Atenção à Saúde como um todo”, conclui.

O GT Sífilis de Londrina abordou primeiramente o laboratório municipal e, em seguida, uma parceria foi estabelecida com a Vigilância Sanitária Municipal para que todos os laboratórios da região recebessem educação permanente sobre o tema. Assim, foi possível, por meio de ações educativas, esclarecer os pontos da portaria que regulamenta o teste de VDRL<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Portaria Nº- 3.242, de 30 de dezembro de 2011 : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242\\_30\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html)

## Educação Permanente na Atenção Básica

A rotatividade de profissionais e a defasagem dos currículos universitários, que não percebem a sífilis como agravo prioritário, fazem da educação permanente um instrumento-chave para a reciclagem de profissionais de saúde em relação ao diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e congênita.

Oficinas com profissionais de saúde da atenção básica foram montadas com o objetivo de esclarecer as lacunas levantadas pelo GT Sífilis. Nas sessões, além de realizar a revisão da teoria e do protocolo de tratamento, discutiram-se casos reais, investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna e Infantil. Criou-se a oportunidade de trabalhar as questões que necessitavam de revisão, bem como de analisar as relações existentes nos processos de trabalho.

“Nos treinamentos, abordamos situações de negligência e desconhecimento por parte dos profissionais de saúde que aconteceram ao longo do pré-natal, como o caso de uma gestante que teve VDRL positivo e demorou 30 dias para ser notificada”, exemplifica Flaviane Lazarinni, pesquisadora que coordena os trabalhos do GT Sífilis.

“Quando ocorria um óbito fetal, muitas vezes não se realizava no pronto-socorro obstétrico o VDRL na mãe, que recebia alta hospitalar sem o diagnóstico de sífilis e, conseqüentemente, retransmitia a doença. Percebemos que é importante ter alguém responsável por verificar os resultados dos exames. São essas as noções que transmitimos nas oficinas, a maioria relacionada à organização do processo de trabalho”, complementa Flaviane.

Em 2013, o GT Sífilis realizou a capacitação de pelo menos um representante (médico ou enfermeiro) de cada uma das 53

unidades básicas de saúde do município. Foram abordadas questões relacionadas à epidemiologia, ao diagnóstico e ao tratamento.

Para Luís Baldo, médico ginecologista da atenção primária e membro do Grupo de Trabalho Sífilis, “foi importante incluir enfermeiras gestoras de unidades básicas de saúde, que se comprometeram a replicar a oficina nas unidades”.

Nos treinamentos do GT Sífilis, busca-se promover a uniformização dos fluxos de diagnóstico e tratamento de sífilis, com base no protocolo do Ministério da Saúde. As informações são bem sistematizadas, para que qualquer profissional, inclusive o pessoal de recepção, saiba a qualquer momento o que fazer, para onde referenciar a paciente e com quem conversar sobre o caso para ajudá-la a resolvê-lo.

### **Pactuações com profissionais durante as capacitações**

- Foi reforçada a importância do uso da penicilina e a implantação de mais um teste de VDRL – além do primeiro e terceiro – para adequação ao protocolo estabelecido em nível estadual pelo Mãe Paranaense, programa dedicado à melhoria do pré-natal no estado.
- Como o diagnóstico de sífilis não é rotineiro, as capacitações ressaltaram que se deve sempre consultar o protocolo, principalmente porque o médico não está necessariamente presente no momento.
- Firmou-se um prazo para acompanhar o tratamento das gestantes e suas parcerias sexuais – foi impresso um material com todos os itens a ser lembrados para casos de gestantes com sífilis. Enfatizou-se a importância do acompanhamento da doença, do tratamento do parceiro e do tratamento/acompanhamento após o nascimento.

Em 2013, o GT Sífilis realizou a capacitação de pelo menos um representante (médico ou enfermeiro) de cada uma das 53 unidades básicas de saúde do município. Foram abordadas questões relacionadas à epidemiologia, ao diagnóstico e ao tratamento.

Para Luís Baldo, médico ginecologista da atenção primária, membro do Grupo de Trabalho Sífilis, “foi importante incluir enfermeiras gestoras de unidades básicas de saúde, que se comprometeram em replicar a oficina nas unidades”.

Nos treinamentos do GT Sífilis, busca-se promover a uniformização dos fluxos de diagnóstico e tratamento de sífilis, com base no protocolo do Ministério da Saúde. As informações são bem sistematizadas, para que qualquer profissional, até mesmo um recepcionista, saiba a qualquer momento o que ele deve fazer, para onde referenciar a paciente e com quem conversar sobre o caso para ajudar a resolvê-lo.



Gestante adolescente em tratamento de sífilis

“Em alguns serviços, o tratamento não estava sendo realizado de acordo com o estadiamento feito pelo médico. Em outros casos, os estadiamentos eram duvidosos, pois praticamente todos os casos de sífilis eram diagnosticados como estágio primário (quando há cancro duro), mas sem nenhum tipo de registro que confirmasse esse estadiamento, resultando em um tratamento inadequado devido à classificação incorreta”.

*Flaviane Lazzarini, enfermeira e pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva da UEL – Universidade Estadual de Londrina, coordenadora das ações do GT Sífilis em Londrina*

“Se o parceiro tiver sífilis e não for tratado, possivelmente a titulação da gestante e do bebê acaba aumentando, mesmo após ter diminuído com o tratamento. O aprazamento também é importante, pois traz informações valiosas para a hora do parto, além de indicar se procedimentos invasivos serão necessários ou não no bebê”.

*Dra. Simone Narciso, Vigilância Epidemiológica de Londrina*

“No treinamento de dezembro de 2013, percebemos que em Londrina o agravo não está controlado. A parceria da Universidade com os serviços estadual e municipal possibilitou esse ciclo de oficinas, no sentido de rever o diagnóstico e o tratamento. Havia um mito de que se tratava de uma doença controlada, mas de fato não era. Quisemos desmistificar o agravo com esses treinamentos. (...) O mérito desse grupo de trabalho está em capacitar as equipes em questões que já haviam sido dominantes, mas que talvez estivessem esquecidas, como, por exemplo, a adequação do tratamento a fases específicas da sífilis”

*Dr. Luís Baldo, médico ginecologista da atenção primária, município de Londrina*

## Contrarreferência

Entre as ações prioritárias do GT Sífilis, também foi incluída a necessidade de assegurar a contrarreferência, ou seja, garantir que a maternidade avise à UBS que uma determinada mãe foi diagnosticada com sífilis durante o parto ou teve um tratamento inadequado da sífilis no pré-natal e que, em decorrência disso, o bebê precisa ser monitorado – mesmo tendo nascido com VDRL negativo e aparentemente saudável, o recém-nascido deve ser acompanhado por pelo menos dois anos, ou até que se descarte a possibilidade de sífilis<sup>4</sup>.

Como 80% dos partos do SUS são feitos na maternidade municipal de Londrina, pactuou-se que todo recém-nascido de mãe com sífilis na gestação – independentemente do tratamento prévio e do resultado de VDRL da mãe e do recém-nascido – deve sair do hospital com consulta agendada no ambulatório de referência para esse acompanhamento, que é realizado pela infecto-pediatria. A UBS deve monitorar o comparecimento da mãe e do filho ao serviço, além de acompanhar de forma atenta o desenvolvimento do recém-nascido na puericultura.

A maternidade avisa sobre o recém-nascido com sífilis ao ambulatório de referência preparado para a prevenção secundária de agravos relacionados à sífilis – o qual deve contar com infecto-pediatra, neurologista, oftalmologista, serviço de audiometria e fonoaudiologia.

---

<sup>4</sup> Pode-se receber alta com no mínimo seis meses de vida, mediante VDRL negativo e constatação de desenvolvimento normal, realizada pela infecto-pediatria em parceria com uma equipe multiprofissional que efetua esse tipo de avaliação.

“Detectamos que o bebê caía num rebordo, ficava perdido na Rede. Por isso, o GT Sífilis está assegurando essa contrarreferência. Com esse pacto, independentemente de a gestante ir ou não para o especialista, a unidade é responsável por cuidar do recém-nascido e monitorar suas idas ao ambulatório de referência. É a responsabilização da equipe sobre cada caso, trabalhando com o conceito de clínica ampliada e, nos casos mais vulneráveis, com projeto terapêutico singular”.

*Christiane Lopes Barrancos Liberatti,  
Coordenadora do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil*

### **Avaliação dos Trabalhos do GT Sífilis**

Cada UBS do município recebeu durante as capacitações uma matriz de pactuação, que é a matriz dos processos de trabalho, com os fluxos instituídos pela Rede de Atenção para qualificar o pré-natal. Assim, puderam ser identificadas as unidades que apresentam maior dificuldade, junto às gerentes de região.

Em 2015, será realizada uma avaliação de impacto das capacitações, oficinas e visitas técnicas e laboratoriais feitas pelo Grupo de Sífilis na redução da transmissão vertical da sífilis.

Questionários pré e pós-oficinas foram preenchidos pelos profissionais treinados para verificar o que mudou em termos de percepção e aprendizado. Serão selecionados como indicadores tanto dados secundários de notificação (Sinan) quanto dados de conhecimento sobre o tema por parte das pessoas que participaram das oficinas.



Gestante em tratamento de sífilis

Como o mapeamento deverá ser feito por região de saúde do município, será possível avaliar cada local segundo as dificuldades que apresentarem e os indicadores de qualidade pactuados no plano municipal de saúde e no Coap – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Além das regiões – as áreas de abrangência de saúde do município (centro, norte, sul, oeste, leste e zona rural), o trabalho do GT Sífilis busca também influenciar toda a 17ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Outras Regionais do estado, como a 16ª, também já tiveram representantes em oficinas do GT Sífilis de Londrina.

“Aos poucos, nosso trabalho vai ganhando espaço, pois temos todas as ferramentas disponíveis no SUS para evitar o agravo, as sequelas e as mortes de crianças que não podem se defender de uma causa completamente evitável”.

*Flaviane Lazzarini,*  
coordenadora do GT Sífilis







# Caderno de Boas Práticas

O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil

## Contexto

Município com a maior população do país e perfis demográficos muito diferentes nas seis regiões administrativas de saúde em que está dividido, São Paulo vem enfrentando há mais de uma década desafios de grande complexidade relacionados à quebra da cadeia de transmissão da sífilis e à eliminação da sífilis congênita.

Já mostram bons resultados as ações coordenadas nos últimos cinco anos entre diferentes atores da saúde e demais setores no nível territorial/local, que retroalimentam as políticas de vigilância do município, aproximando a rotina da atenção básica da vigilância epidemiológica.



Mãe com filha que nasceu livre da sífilis graças ao tratamento que recebeu durante a gestação na UBS Bom Retiro, centro de SP



Bebê nascida sem sífilis graças ao tratamento recebido pela mãe durante pré-natal na UBS Bom Refiro, centro de SP

Também merecem destaque as estratégias para pôr fim à resistência ao uso da penicilina, único medicamento eficaz no tratamento da sífilis em gestantes, por parte dos profissionais dos serviços de atenção básica. Após 10 anos de iniciativas que desmistificaram o uso do medicamento e resguardaram os profissionais dos riscos inerentes à sua utilização, a resistência foi quebrada.

Segundo a Covisa – Coordenação de Vigilância em Saúde do município de São Paulo, desde 2006 já se sabia de um aumento significativo da ocorrência da sífilis congênita na capital, apesar da subnotificação então constatada. Foi quando o município passou a se mobilizar fortemente para a resposta ao agravo. A instalação de um Comitê Permanente para análise da situação e uma portaria municipal criando a Comissão de Normatização e Avaliação das Ações de Controle da Transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita foram os primeiros sinais dessa mobilização.

Foi preciso engajar formalmente os territórios na identificação de lacunas nos serviços, tendo em vista as especificidades de contextos locais e a variedade das populações – migrantes, moradores de cidades-dormitório ou de áreas rurais

adjacentes a grandes rodovias, população de rua, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo e uma população jovem mais precoce sexualmente.

Com o aumento da notificação em gestantes e o crescimento continuado dos casos de sífilis congênita, foram instaurados em 2010 os comitês de Mortalidade Materna e Infantil, a fim de apurar os casos notificados, com participação direta das UBS na identificação das barreiras e lacunas que impediam a eficácia do tratamento.

Em 2011, os Comitês Regionais de Investigação da Sífilis Congênita, por decisão da Comissão de Normatização e Avaliação das Ações de Controle da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita, consolidaram as ações de monitoramento e respostas em nível local, reunindo profissionais de diversos setores implicados no atendimento em saúde. Um sistema de retroalimentação pelos territórios das políticas municipais de vigilância foi estabelecido, com a identificação de questões cuja solução transcendia o plano local.

Em virtude da magnitude dos seus desafios, tanto o estado de São Paulo quanto a capital foram pioneiros em várias ações que hoje contribuem sobremaneira para quebra da cadeia de transmissão da sífilis e para a eliminação da sífilis congênita, apesar de se estar ainda longe da meta prevista<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> A meta de eliminação da sífilis congênita estabelecida pela Opa/ Organização Mundial de Saúde e pactuada pelo Brasil em 2010 é de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos.

### Notificação compulsória

Em 2004, o estado de São Paulo publicou uma portaria que tornou compulsória a notificação da gestante com sífilis, tendo-se antecipado à portaria ministerial sobre o mesmo assunto (2005).

## Diagnóstico Precoce – Testes Rápidos

Das 480 UBS (unidades básicas de saúde) que realizam o atendimento da população do município, 180 já aplicam o teste rápido para sífilis, fator-chave na detecção precoce no pré-natal<sup>6</sup>. Os testes rápidos de sífilis vêm sendo priorizados como estratégia de diagnóstico precoce por meio de capacitações para as seis regiões do município, replicadas para os profissionais de saúde nas UBS. As AMAs (Assistência Médica Ambulatorial) do município também foram capacitadas para aplicar o teste rápido de sífilis.

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2013, do Ministério da Saúde, já se observava, naquele ano, um aumento expressivo da taxa de detecção de sífilis em gestantes no estado de São Paulo. A taxa de sífilis em gestantes saltou de 6,4/1.000 em 2012 para 8,1/1.000 em 2013.

## Populações Vulneráveis

Assim como em outras regiões do Brasil, observa-se um aumento da sífilis em mulheres e em gestantes adolescentes – aumento mais significativo do que o HIV em gestantes. No estado de São Paulo, em 2012, 20% das mulheres com sífilis na gestação tinham menos de 19 anos.

---

<sup>6</sup> No estado de SP, cerca de 30% das gestantes detectadas com sífilis iniciou o pré-natal somente no terceiro trimestre, em 2012.

Esforços da vigilância epidemiológica em nível estadual e municipal têm sido empreendidos para melhor conhecer o perfil dessas adolescentes e os fatores de vulnerabilidade que tornam mais difícil o tratamento da sífilis durante a gestação.

De 3.965 gestantes com sífilis no estado, em 2012, em torno de 20% eram usuárias de drogas. No município de São Paulo, entre as que não fizeram o pré-natal em 2013, 58,7% estavam em situação de rua; 51,3% das que não fizeram o pré-natal também usavam drogas; e 33% eram adolescentes. As migrantes e mulheres privadas de liberdade também fazem parte do quadro de vulnerabilidade que dificulta a adesão ao tratamento no município.

Para enfrentar essa realidade, desenvolveram-se estratégias inovadoras, como as ações de prevenção com as jovens em "baladas" ou a experiência dos consultórios de rua. Em 2014, capacitações dos profissionais atuantes nos consultórios de rua abordaram o protocolo de tratamento da sífilis em gestantes, incluindo a importância da administração da penicilina como único medicamento adequado para o tratamento da gestante com sífilis, bem como do envolvimento do parceiro no tratamento.

### **Qualidade do pré-natal / adesão do homem ao tratamento**

Além da dificuldade de engajamento no pré-natal, o entendimento das lacunas que prejudicam a qualidade do pré-natal vem exigindo investigações cuidadosas. Entre os casos de sífilis congênita notificados no estado de São Paulo em 2013, 70% das mães tinham realizado o pré-natal, e em 50% destas a sífilis havia sido diagnosticada durante a gravidez. No município de São Paulo, os números de 2013 são semelhantes – dos casos notificados de sífilis congênita, 32% das mães não haviam feito o pré-natal, indicando uma taxa aproximada de 68% de adesão ao pré-natal entre as gestantes com sífilis.

São dados que não deixam dúvidas quanto às falhas no tratamento da gestante com sífilis durante o pré-natal.

Tanto o estado quanto o município de São Paulo vêm aprimorando estratégias de engajamento do homem ou das parcerias no pré-natal, a fim de evitar a retransmissão durante o tratamento da gestante e responsabilizar o parceiro, desde o início da gestação, pela saúde do bebê<sup>7</sup>. Até o final de 2014, o Pré-Natal do Homem tinha sido implementado em 47 municípios do total de 645 municípios do estado.

Parcerias com empresas também têm sido costuradas em todo o estado para incentivar a participação dos homens no pré-natal. No município de São Paulo, o Pré-Natal do Homem é implementado, como iniciativa-piloto, desde 2013, na região Leste.

## Metas

Entre as metas da Covisa – Coordenação de Vigilância em Saúde do município para 2015 estão o reforço das ações de prevenção e tratamento da sífilis adquirida, por meio da preparação dos serviços de saúde para receber os homens, e o aumento da adesão ao pré-natal e da notificação da sífilis em gestantes. Para a vigilância estadual, pretende-se incentivar a colaboração com os diferentes atores de saúde, por meio de 90 articuladores do estado na atenção básica, 20 na Saúde da Mulher e 28 na Coordenação de DST, Aids e Hepatites Virais.

Os números indicam que há muito mais a fazer pela redução da sífilis congênita. Até o final do primeiro semestre de 2014, 539 casos de sífilis congênita e cerca de 1.000 casos de sífilis em

---

<sup>7</sup> Entre os parceiros de gestantes com sífilis, 52% não haviam sido tratados em 2013, porcentagem distante dos 80% almejados pela vigilância epidemiológica estadual.



gestantes haviam sido notificados no município de São Paulo. Para perceber melhor os desafios em relação à detecção da sífilis em gestantes e possíveis correlações com a transmissão vertical da sífilis, a vigilância do município criou um mapa no qual é possível perceber a notificação tanto da sífilis gestacional quanto da sífilis congênita em cada uma das seis regiões.

Entre outros objetivos da Covisa, por meio da GCCD – Gerência do Centro de Controle de Doenças, estão a promoção do envolvimento ainda maior de outros setores (jurídico, assistência social, conselhos tutelares, etc.) no âmbito dos Comitês Regionais de Investigação da Sífilis Congênita e a realização de treinamentos para profissionais de saúde sobre sífilis em gestantes e sífilis congênita.

“Em 2010, começaram a ser implantados os comitês regionais de investigação da sífilis congênita no município, tendo como principal objetivo resolver as oportunidades perdidas de prevenção em nível local e permitir a resolução do problema nos territórios. Cada UBS participa de um comitê regional para a sífilis, que se reporta à Suvis (Supervisão de Vigilância em Saúde), o braço da Covisa – Coordenação de Vigilância em Saúde do município de São Paulo nos territórios”.

*Rosa Maria Dias Nakasaki, médica sanitária,  
gerente do Centro de Controle de Doenças da Covisa –  
Coordenação de Vigilância em Saúde*

“Ao final de cada ano, há um reconhecimento das UBS que foram bem-sucedidas. Isso foi o grande diferencial lançado pela Covisa – Coordenação de Vigilância em Saúde do município de São Paulo”.

*Deborah Moraes Coelho, Gerente da Vigilância de DST,  
Aids e Sífilis no CCD – Centro de Controle de Doenças da Covisa –  
Coordenação de Vigilância em Saúde*

## **DESMISTIFICANDO O TRATAMENTO COM A PENICILINA BENZATINA**

Entre as experiências notáveis para a eliminação da sífilis congênita no município de São Paulo, estão as iniciativas para desmistificar a administração da penicilina pelos profissionais de enfermagem.

Apesar da sua utilização sistemática no país desde os anos 50 no tratamento da sífilis em gestantes, observou-se na década de 2000 uma onda de desinformação que gerou resistência ao uso do medicamento por parte de enfermeiros e médicos, temerosos do choque anafilático em virtude de alergia ao medicamento – apesar de serem raríssimos esses casos.

O fato é que uma série de portarias estaduais que alertavam sobre esses riscos dificultaram a aplicação do medicamento em farmácias e fizeram com que o temor da anafilaxia se instaurasse em todo o estado. Hoje, no estado de São Paulo, cerca de 50% das unidades ainda não aplicam a penicilina sistematicamente. Já no município de São Paulo, graças a inúmeras iniciativas, 100% das UBS aplicam a penicilina, como estabelece o protocolo de tratamento em gestantes.

Ações em várias frentes permitiram contornar o problema. Entre estas, destacam-se a aplicação de questionário para detecção de alergias durante a anamnese, o estabelecimento de fluxos de referência para dessensibilização à penicilina, a realização de treinamentos sistemáticos de equipes da atenção básica com ênfase no uso imprescindível da penicilina para a prevenção da transmissão vertical da sífilis e a distribuição de materiais de instrução técnica para a prescrição e utilização de penicilinas, levando em consideração as precauções necessárias, como a dessensibilização, em caso de alergia à penicilina.

## Detecção de pacientes alérgicas e referência

No município de São Paulo, um questionário que permite a detecção de alergia à penicilina durante a anamnese foi elaborado para aplicação na atenção básica. Os profissionais da rede de atenção básica no município foram treinados para a aplicação do teste de sensibilização. Se não for totalmente descartada a alergia após a aplicação do questionário e do teste de sensibilização, a paciente pode ser referida para a Imunologia do Hospital das Clínicas, onde é realizada a dessensibilização, quando necessário.

“Há um questionário em cada unidade de atenção básica para verificar se a paciente é sensível à penicilina ou não. Isso melhorou muito o índice de aplicação do medicamento, porque dá segurança aos os profissionais”.

*Rosa Maria Dias Nakasaki, médica sanitária e gerente do Centro de Controle de Doenças da Covisa – Coordenação de Vigilância em Saúde do município de São Paulo*

No estado, um levantamento identificou os locais onde é realizada a dessensibilização de pacientes alérgicas dentro da linha de cuidado em cada município, com o mapeamento dos hospitais para referência.

“O que se quer evitar com essas medidas é a substituição da penicilina por outra droga quando a paciente é alérgica à penicilina. Não se pode permitir isso, uma vez que a penicilina é o único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e impedir a transmissão vertical”.

*Dirce Marques, Coordenadora da Área Técnica Farmacêutica da  
Secretaria Municipal de Saúde – SP*

“Sou formada há 31 anos. Em toda a vida, nunca vi um choque anafilático com penicilina. Essa percepção de risco vem-se normalizando. Temos que realizar uma conscientização em todas as UBS. No município de SP, já não há mais resistência”.

*Carmem Domingues, Coordenadora de Vigilância de Saúde do  
Estado de São Paulo*

“No município de São Paulo, somente o Hospital das Clínicas faz a dessensibilização. Mas é tão raro haver reação adversa, que já chegamos a um acordo. Em torno de no máximo 15 dias a partir da detecção de alergia a paciente deve começar a dessensibilização. Quando chega o resultado do VDRL, a gestante já terá tomado duas doses do medicamento. Com o resultado, poderemos saber se é uma cicatriz ou se a doença está ativa”.

*Carmem Domingues, Coordenadora de Vigilância de Saúde do  
Estado de São Paulo*

“O teste de sensibilização dá muita segurança aos profissionais na UBS”.

*Marta Maria Pereira Nunes, Assistência Médica Ambulatorial na  
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo*

## Instrução técnica farmacêutica

Em 2004, o centro de informações sobre medicamentos da área temática de DST/aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo elaborou uma instrução técnica detalhada para o prescritor da atenção básica sobre o uso da penicilina, visando a sua correta administração e a reversão do quadro de resistência. A cartilha foi distribuída para toda a rede de atenção básica e é citada até hoje por muitos profissionais como sendo fonte de informação e segurança para o profissional.

## Atendimento de emergência

Nas unidades de saúde, está disponível o protocolo para o atendimento de reversão do quadro de anafilaxia nos primeiros momentos. Assim, torna-se claro que o suporte inicial de assistência deve ser feito na unidade básica de saúde.



Mãe com filha que nasceu livre da sífilis graças ao tratamento recebido durante a gestação na UBS Bom Retiro, centro de SP

**Os profissionais da rede ambulatorial (AMAs) e das unidades básicas de saúde (UBS) no município de São Paulo hoje tratam gestantes com a penicilina benzatina sem medo ou restrições.**

“O entendimento dos gestores das UBS sobre a importância de aplicar a penicilina é fundamental. Quanto ao cuidado de casos de alergia, o mais importante é administrar a medicação de urgência até o momento da referência”.

*Carmem Domingues, Coordenadora da Vigilância de Saúde do  
Estado de São Paulo*







# Caderno de Boas Práticas

---

O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil

## Contexto

Segundo maior município de Goiás, com 511.323 habitantes (IBGE/2014), Aparecida de Goiânia apresentava em 2014 uma taxa de incidência de sífilis congênita equivalente a 1,69 casos por 1.000 nascidos vivos, considerada baixa em relação à média nacional, que era de 4,7 casos a cada 1.000 nascidos vivos em 2013.

Os desafios da saúde materna e infantil no município, que apresentou uma das maiores taxas de crescimento populacional do país nas últimas décadas, não são desprezíveis. É o caso da adesão ao pré-natal. Profissionais de saúde estimam que a maioria das gestantes de Aparecida de Goiânia inicia o pré-natal




Mãe com seu bebê que nasceu sem sífilis em Aparecida de Goiânia-GO

tardiamente, não raro a partir da trigésima semana de gestação.

A prevenção da sífilis congênita se torna muito mais difícil nessas circunstâncias, uma vez que o tratamento à base de penicilina G benzatina deve terminar o mais tardar 30 dias antes do parto. Caso contrário, há grandes riscos de transmissão da sífilis para o recém-nascido.

O teste rápido para sífilis é uma ferramenta importante para a detecção precoce da doença em gestantes, e se torna praticamente indispensável nos casos de adesão tardia ao pré-natal – principalmente em locais em que não se pode contar com laboratórios capazes de fornecer resultados com rapidez.

Em Aparecida de Goiânia, as primeiras capacitações do pessoal de saúde da atenção básica para a implantação dos testes rápidos ocorrerão em junho de 2015. Os testes rápidos para sífilis não estão disponíveis nas UBS, sendo utilizados



Mãe com bebê nascido sem sífilis graças a tratamento realizado em Aparecida de Goiânia

apenas no Hospital Garavelo – onde temporariamente se realizam os partos em função de uma obra na Maternidade Municipal – e no CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento.

Por não haver ainda testes rápidos disponíveis nas unidades básicas de saúde, o tratamento da sífilis em gestantes, sobretudo de gestantes que se engajam tardiamente ao pré-natal, tem exigido uma articulação eficiente entre a atenção básica, a vigilância epidemiológica do município e a Coordenação Municipal de DST, Aids e Hepatites Virais, além de uma sensibilização do profissional de saúde em relação à importância da celeridade no atendimento.

## **COORDENAÇÃO JUSTA ENTRE OS DIFERENTES ATORES**

Fernanda Cássia Fagundes Freitas Lemes, que assumiu em 2015 a Diretoria de Vigilância em Saúde do município de Aparecida de Goiânia, descreve minuciosamente um fluxo de trabalho das ações de prevenção da sífilis congênita durante o pré-natal que não dá margem a atrasos.

A equipe responsável pelos testes de rotina iniciais do pré-natal, em qualquer das 35 unidades básicas de saúde, nos Cais – Centros de Atendimento Integrado de Saúde, na maternidade ou centro de saúde, faz o cadastro das amostras colhidas e as envia para a Apae laboratorial, laboratório terceirizado que realiza o teste para muitos municípios do estado de Goiás.

O resultado é encaminhado para a vigilância e reencaminhado prontamente às unidades básicas de saúde. Quando há alteração para sífilis, a vigilância envia cópia à Coordenação Municipal de DST, Aids e Hepatites Virais, antes de encaminhar o resultado às unidades básicas de saúde. É nesse ínterim que é feita a notificação da sífilis em gestantes. Nas unidades básicas de saúde, há profissionais que aguardam esses resultados.

A Coordenação Municipal de DST, Aids e Hepatites Virais de Aparecida de Goiânia fica atenta às necessidades de tratamento de cada gestante de sífilis, permanecendo em contato direto com a vigilância.

A enfermeira da unidade básica de saúde entra em contato com a paciente para comunicar o resultado e faz imediatamente o agendamento da consulta médica; a gestante com sífilis sai da primeira consulta médica e é diretamente encaminhada para receber a primeira dose de penicilina. Daí para frente, caso haja alguma resistência ou dificuldade da paciente na continuação do tratamento, a Coordenação de DST, Aids e Hepatites Virais de Aparecida de Goiânia intervém até que as três doses de penicilina tenham sido administradas.

Hoje, o atendimento à gestante em Aparecida de Goiânia é realizado em 35 unidades básicas de saúde, entre as 8h00 e as 16h00, com "teste da mamãe" (como é conhecido o exame de rotina do pré-natal no município) imediato e agendamento da primeira consulta médica. O município conta com 61 equipes da Estratégia do Programa de Saúde da Família nessas unidades. O pré-natal também pode ser iniciado nos três Cais – Centros de Atendimento Integrado, com atendimento 24h e ambulatório (de segunda à sexta-feira) para a população não coberta pelo PSF – Programa de Saúde da Família. A Maternidade Marlene Teixeira e o centro de saúde do município fazem encaminhamento das gestantes para o pré-natal nas UBS e nos Cais citados.

## SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA CELERIDADE NO TRATAMENTO

Em Aparecida de Goiânia, o pré-natal é iniciado tardiamente pela maioria das mulheres – seja porque demoram a descobrir que estão grávidas ou porque desconhecem a importância do pré-natal. Há muitas pacientes que iniciam o tratamento após a trigésima semana de gestação e, nesses casos, é solicitada urgência para o envio dos testes ao laboratório e para retorno dos resultados.

Na trigésima semana, normalmente acontece a segunda etapa do pré-natal, com a repetição da coleta de amostras para exames de sífilis e HIV, infecções. “Mas hoje, aqui, há poucas gestantes que fazem a segunda etapa do teste, justamente porque se inicia o pré-natal na trigésima semana. Porém, há um limite para esse atraso no tratamento da sífilis, que deve ser iniciado o mais tardar 45 dias antes do parto, para que se garanta sua eficácia”, diz Fernanda Lemos, coordenadora da vigilância epidemiológica de Aparecida de Goiânia.



Mãe e bebê nascido sem sífilis em Aparecida de Goiânia-GO

Por isso, Fernanda ressalta a importância do fato de o Programa de Saúde da Família oferecer todo o apoio à gestante durante o pré-natal, garantindo, se necessário, o transporte das gestantes até as unidades de saúde para receberem o tratamento com penicilina.

“O Programa de Saúde da Família é muitas vezes o primeiro ponto de contato do cidadão com a saúde. Por isso, o profissional do PSF deve ter consciência de que é o responsável pelo encaminhamento da paciente a uma unidade de saúde para realizar o pré-natal o mais rapidamente possível”.

“Em Aparecida de Goiânia, cerca de 75% da população é usuária do SUS. Das pessoas recebidas na atenção básica, 38,4% estão cobertas pelo Programa de Saúde da Família. Há, portanto, uma necessidade de ampliação da estratégia (PSF) nas unidades básicas de saúde. A população que não tem a cobertura do PSF deve ser orientada por qualquer profissional de saúde a procurar diretamente os ambulatórios dos Cais – Centros de Atendimento Integrado de Saúde”.

*Juliana Pires Ribeiro, Coordenação Municipal  
de Saúde da Mulher, Aparecida de Goiânia*

No tratamento da gestante diagnosticada com sífilis, técnicos da vigilância entram em contato com a paciente em caso de falta a uma das três etapas do tratamento. O técnico de enfermagem realiza então a visita familiar.

“Só estamos satisfeitos com o cumprimento das três etapas antes dos 30 dias que antecedem o parto”, conclui Fernanda Lemos, coordenadora da vigilância epidemiológica do município.

Juliana Pires Ribeiro, que responde pela Coordenação de Saúde da Mulher no município, explica que a importância da eficiência e rapidez no atendimento é reforçada durante

as capacitações sobre atendimento no pré-natal, realizadas ao menos uma vez por ano no município. “Os alunos são profissionais enfermeiros e médicos, que por sua vez devem capacitar os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários, as pessoas mais importantes em relação ao vínculo com a gestante. Todos devem estar conscientes dessa dificuldade e preparados para agir rapidamente”, afirma Juliana.

Os profissionais são constantemente alertados para o fato de que o engajamento tardio das gestantes ao pré-natal no município é fator de preocupação. “Consideramos que um recém-nascido está no seu período-termo com 37 a 42 semanas. Se a gestante chega com 30 semanas, é algo que consideramos grave, pois já é difícil intervir”, acrescenta.

Além disso, o profissional é orientado durante as capacitações a desenvolver um olhar crítico desde o primeiro contato com a paciente e ser capaz de detectar se a gestante apresenta algum tipo de vulnerabilidade (pessoa usuária de drogas, pessoa em situação de rua, profissional do sexo, parceiro em conflito com a lei), e se haverá, em decorrência disso, dificuldades para garantir sua adesão ao tratamento. “O profissional deve entender que este é o momento de captar a gestante. A partir daí conseguimos fazer a busca ativa para o tratamento”, explica Juliana.

## TRATAMENTO SEMPRE COM PENICILINA

Segundo a Vigilância Epidemiológica do município, não há registro de casos de resistência de profissionais de enfermagem à aplicação da penicilina em Aparecida de Goiânia. Para Fernanda Lemos, que responde pela vigilância, isso se deve ao fato de o médico estar sempre envolvido no processo, desde o próprio diagnóstico da sífilis. "Como aqui em Aparecida os testes rápidos só acontecem no CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento – ou na maternidade, não se prescreve a penicilina fora da rotina do pré-natal. O médico entra no circuito sempre porque é ele o responsável pelo pré-natal, cuja consulta acontece na segunda visita. Isso assegura os profissionais de enfermagem quanto aos riscos de anafilaxia."

Edvan Miranda dos Santos, da Coordenação de Prevenção de DST, Aids e Hepatites Virais do Estado de Goiás, acredita, no entanto, que a resistência ao uso da penicilina por parte dos enfermeiros ainda é uma realidade no estado de Goiás.

Por isso, em todos os treinamentos de profissionais de saúde promovidos pela Coordenação de DST, Aids e Hepatites Virais no estado de Goiás, enfatiza-se que a penicilina é o único medicamento eficaz na prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho e que reações adversas existem em relação a qualquer outra medicação.

"Até mesmo uma aspirina pode levar a óbito. Se os profissionais de saúde partem do pressuposto de que a reação adversa é um risco grande, então nenhum medicamento será aplicado. É importante reforçar sempre nas capacitações que o medicamento eficaz para a sífilis em gestante é a penicilina", conclui Edvan.



## CAMPANHAS

Em Aparecida de Goiânia, exige-se das UBS que façam alguma atividade de sensibilização mensal com profissionais da unidade e pacientes. “No início do mês, foi realizada a campanha sobre a sífilis congênita na UBS Nova Olinda. Aqui na unidade, sempre apresentamos palestras na recepção para quem estiver aguardando atendimento; no caso da sífilis, também discutimos o tema com um grupo de cerca de 30 gestantes e depois fizemos o relatório do que foi dito”, conclui Jaqueline Veloso, enfermeira da UBS Nova Olinda.

“Nossa unidade foi decorada com os cartazes da campanha. No caso da sífilis, algumas das imagens com fotos dos sintomas da doença no recém-nascido eram muito impactantes. Os pacientes ficavam muito impressionados e já saíam conscientizados”.

*Jaqueline Jerônimo Veloso, enfermeira da UBS Nova Olinda*



























































A page containing 22 horizontal dotted lines, serving as a template for handwritten notes or text.



















ISBN 978-85-334-2300-8



DISQUE SAÚDE

**136**

Ovidorista Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)



Cooperação  
Representação  
no Brasil

Organização  
das Nações Unidas  
para a Educação,  
a Ciência e a Cultura



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PÁTRIA EDUCADORA